

SOLICITUD DE **OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA**

*Datos obligatorios/

Fecha: _____

Apellido y Nombres*: _____ Edad*: _____

N° de afiliada/o*: _____ Sexo*: _____

Teléfono*: _____ Teléfono alternativo*: _____

Dirección*: _____ Localidad*: _____

Correo electrónico: _____

Empresa de Emergencia y Urgencia Médica*: _____ Socio/a N°: _____

Teléfono ante la emergencia*: _____

*Tipo de vivienda/

- Casa en PB Casa de dos plantas Edificio de departamentos Casilla
 Zona urbana Zona sub urbana Zona rural Barrio de emergencia

*Tipo de alimentación eléctrica de su vivienda/

- Energía eléctrica 220 W con medidor Energía eléctrica sin medidor Por generador Sin energía eléctrica

Observaciones: _____

DIAGNOSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

CPAP*: _____

Valor de EPAP*: _____ Rampa*: Si No Tiempo*: _____

BiPAP*: _____

Valor de EPAP*: _____ Valor de IPAP*: _____

Frecuencia de back-up*: Si No Rampa*: Si No Tiempo*: _____

Máscara siliconada Especial Tipo: _____ Motivo: _____

Respirador*/

Ventilación*: Invasiva No invasiva Modo ventilatorio*: _____

Parámetros ventilatorios*: _____

Volumen corriente: Relación I/E: _____ Fi O2: _____

PEEP: SI NO Valor: _____ Otros: _____

LOS DATOS DEBERAN SER AVALADOS POR LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS:

Firma y sello de la/del médica/o solicitante*
(Neumóloga/o especialista en vías respiratorias)

Teléfono de contacto